

краниальной брыжеечной артерии. Стабилизацию мембран ЭЦ производили перфузией кровеносного русла 0,5% раствором хромовокислого магния, фиксацию эндотелиоцитов — 2% раствором параформальдегида, импрегнацию — тиосульфитным комплексом карбоната серебра по В.И.Кошеву. Снижение функциональной активности $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -насоса при ишемии ранее всего проявляется в ЭЦ — наиболее осмоллабильных клетках. Они теряли способность поддерживать свой минимальный объем и уплощенную форму. Происходил постишемический отек ЭЦ, увеличивая их объем и закрывая просвет кровеносных и лимфатических микрососудов. Отек ЭЦ сохранялся на протяжении 5–6 ч после восстановления кровотока в краниальной брыжеечной артерии. Затем происходила десквамация ЭЦ и их циркуляция в кровотоке. Гемо- и лимфоциркуляция в стенке тонкой кишки не восстанавливалась в связи с развитием ДВС-синдрома. Таким образом, причиной развития феномена «no-reflow» может быть универсальный механизм выключения из кровотока микрососудов за счет острого набухания ЭЦ.

Амарантов Д.Г., Бриток В.А. (г. Пермь, Россия)

СТРОЕНИЕ РЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНОГО СИНУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Amarantov D.G., Britok V.A. (Perm', Russia)

THE STRUCTURE OF PHRENICOCOSTAL SINUS IN VARIOUS TYPES OF A CONSTITUTION

Для разработки оптимального торакоскопического доступа у больных эмпиемой плевры на трупах 75 мужчин брахи-, мезо- и долихоморфного типов телосложения изучали конституциональные особенности реберно-диафрагмального синуса. Для определения возможности введения стандартного троакара диаметром 10 мм в плевральную полость исследовали ширину межреберий в проекции синуса. Наибольшую ширину межреберий (МР) наблюдали по средней ключичной линии (более 20 мм при всех типах телосложения), наименьшую — по лопаточной линии (менее 10 мм). Определили, что поскольку кнутри от лопаточной линии МР уже 10 мм, торакоцентезы следует выполнять кнаружи от нее. Кроме того, выявили место, из которого обеспечивается наилучший хирургический доступ при проведении эндоскопической санации синуса. Наилучшей являлась точка, расстояние от которой до наиболее удаленных участков синуса приближалось к оптимальному операционному расстоянию, которым в эндоскопии является половина длины дистанционного манипулятора (17,5 см при длине манипулятора 35 см). При таком расстоянии уравнивается воздействие рук хирурга с воздействием на ткани инструмента. Наилучшими местами доступа были определены: при долихоморфном типе телосложения справа — V МР по средней и VI МР по задней подмышечной линии (ЗПЛ), слева — V МР по ЗПЛ; при мезоморфном типе телосложения справа — VI МР по средней и ЗПЛ, слева — V и VI межреберье по ЗПЛ; при брахиморфном типе

телосложения справа: VI МР по средней подмышечной линии, слева — V и VI межреберье по ЗПЛ.

Амарантов Д.Г., Косарева П.В., Забирова Э.Г., Бриток В.А., Еловицова Е.А. (г. Пермь, Россия)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ СТАДИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Amarantov D.G., Kosareva P.V., Zabirowa E.G., Britok V.A., Yelovikova Ye.A. (Perm', Russia)

IMPROVEMENT OF THE METHODS OF THE DIAGNOSTICS OF PLEURAL EMPYEMA STAGES

Методика лечения больных с эмпиемой плевры (ЭП) зависит от стадии заболевания. Особенно важно дифференцировать 3-ю стадию ЭП, требующую обширных операций. Биопсия с гистологической верификацией позволяет установить стадию ЭП, но требует взятия большого биоптата, что может вызвать формирование бронхиального свища и ухудшить прогноз. Целью настоящего исследования стала разработка критериев значимой диагностики стадии ЭП при исследовании небольшого биоптата. Работа выполнена по результатам аутопсии 34 больных с ЭП на различных стадиях заболевания. Проведено иммуногистохимическое исследование выраженности пролиферации клеток в новообразованной соединительной ткани путем анализа выраженности экспрессии ядерного маркера Ki-67. Индекс пролиферации (ИП) определяли, учитывая число позитивных ядер на 100 учтенных ядер. Разработан критерий стадий ЭП, основанный на учете в исследуемом образце ИП. При ИП не более 1% диагностируют I стадию ЭП; при ИП в зоне воспалительных изменений более 17% и в зоне легкого с визуальной не измененной структурой от 5 до 12% диагностируют II стадию ЭП; при ИП в зоне воспалительных изменений более 17% и в зоне легкого с визуальной неизменной структурой более 12% — III стадию ЭП (патент на изобретение № 2400752 «Способ диагностики стадии эмпиемы плевры»). Методика успешно внедрена в клиническую практику лечения 68 больных с ЭП.

Андреева Г.Ф., Сырова О.В., Неганова А.Ю. (г. Саратов, Россия)

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Andreyeva G.F., Syrova O.V., Neganova A.Yu. (Saratov, Russia)

ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF THE YOUTH

Проведено обследование 223 девушек 17–19 лет и 87 юношей 20 лет. Результаты показали, что у 55,6% девушек имеется таз узкой формы и только у 44,4% — таз нормальной формы. Форма и размеры таза у девушек юношеского возраста сопоставимы с длиннотно-толстотными показателями матки и яичников, исследованных ультразвуковым методом. У юношей антропометрические данные костей таза сопоставимы с линейными размерами и массой простаты. Данные антропометрического исследования, прове-